Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Anneliese Hamann

aus Rostock i. M.

Halle a. d. S. 1922.

Buchdruckerei Emil Wolff & Söhne.

Zur intravenösen Menthol-Eukalyptoltherapie.

Zu den bisher üblichen Anwendungsarten der Menthol-Eukalyptoltherapie kommt als neue Applikationsart die intravenöse Injektion. Die Erfahrungen Berliners und zahlreicher Kliniker über die intramuskuläre Menthol-Eukalyptoltherapie bei den verschiedensten Lungenerkrankungen und vor allem bei der Grippe lassen auf die „günstigen Wirkungen" dieser Medikation schließen.

Für besonders geeignet hält Berliner das Supersan, das eine Mischung von Menthol, Eukalyptol, Antifebrin, Antipyrin darstellt.

Wir griffen die Anregung Lepehnes (in seiner im April 1922 erschienenen Arbeit), intravenöse Menthol-Eukalyptolinjektionen beim Menschen zu versuchen, in unserer Klinik sofort auf; vor allem, da die bis dahin in der Literatur angegebenen Erfolge der intramuskulären Menthol-Eukalyptolinjektionen doch recht kritisch zu bewerten sind.

Wir injizierten das von Berliner angegebene Supersan in Dosen von 0,1 bis 1,0 intravenös bei den verschiedensten Erkrankungen der Atemwege.

Trotzdem die intravenöse Kamphertherapie schon im Laufe der letzten Jahre den Glauben an die deletäre Wirkung der Fettembolie zerstört hatte, verfolgten wir die Injektion beim Menschen mit größter Erwartung.

Die experimentell-wissenschaftlichen Grundlagen für die intravenöse Öltherapie hatte in den letzten Jahren vor allem Bernhard Fischer durch seine grundlegenden Untersuchungen gegeben. Seine Tierexperimente lehren, daß sich „eine ganz ungeheure Anfüllung der Lungen mit Öl erzielen läßt, ohne daß der Tod eintritt."

Es ist die Frage aufzuwerfen, ob diese Tierexperimente ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen sind.

Bernhard Fischer, Reuter u. a. kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Schluß, daß das Grundsätzliche für den Menschen zutreffen muß, da die Fettansammlung in der Lunge als reine Druckwirkung aufzufassen ist (ein Ansammeln des Fettes an den Stellen des niedrigsten Druckes).

Und Fischer weist die Kliniker immer wieder auf die Harmlosigkeit der Fettembolie hin.

Von den verschiedensten Kliniken ist dann im Laufe des letzten Jahres Gebrauch gemacht von der intravenösen Kamphertherapie. Nirgends wird von irgendwelchen nachteiligen Wirkungen berichtet.

Immerhin müssen wir zu der Tatsache Stellung nehmen, daß es Fälle gibt, wo nach Operationen, Knochenfrakturen u. a., Embolie als sichere Todesursache anzusehen ist.

Um bei der intravenösen Ölinjektion die Gefahren zu vermeiden, muß man ihre Voraussetzungen, die durch das Tierexperiment gegeben sind, kennen.

Man weiß, daß Blutungen durch die Embolie eintreten können. Bewiesen ist, daß die Ursachen dieser Blutungen nicht in embolischen Gefäßverschlüssen zu suchen sind. Denn die Lunge kann überfüllt sein mit Embolien, ohne daß Blutungen im großen oder kleinen Kreislauf auftreten. Es muß also noch ein anderes Moment hinzukommen, das die Blutungen bedingt.

Diese können verursacht sein:

1. durch pathologische Druckverhältnisse im Gefäßsystem, durch Stauungen.

Diese können ihren Grund haben:

a) in zu schneller und zu reichlicher Ölzufuhr,

b) in Veränderungen an den Brustorganen (Lungen, Herz, Gefäße).

2. Durch eine toxische Schädigung der Gefäßwand.

Größere Lungenblutungen und Infarkte sind bei Gefäßwandschädigungen beobachtet, während bei Stauungen kapilläre Blutungen entstehen.

Wir müssen also, um die Gefahr der Ölembolie zu vermeiden, Zirkulationsstörungen irgendwelcher Art (Herzfehler, spastische Zustände in den Lungen u. a.) ausschalten.

Bei der Indikationsstellung der intravenösen Menthol-Eukalyptoltherapie ging Fischer von dem Gedanken aus, durch die intravenöse Applikation das Medikament näher an den Krankheitsherd heranbringen zu können, dem Medikament ein „Blutdepot" zu schaffen. Nach den pathologisch-anatomischen Verhältnissen und den Resorptionsbedingungen des Öles müssen wir diese Annahme ablehnen. Mit größter Wahrscheinlichkeit ist die Wirkung aufzufassen als eine Art Umstellung, Anpassung des Organismus.

Wir haben uns nun bei unseren Untersuchungen die Frage vorgelegt, inwiefern wirkt das direkt in die Blutbahn eingeführte Öl anders als die intramuskuläre Applikation.

Um diese Frage wirklich beantworten zu können, müßten Reihenuntersuchungen in größerem Umfange vorgenommen werden.

Unsere Beobachtungen sollen nur eine Anregung zu weiteren Beobachtungen sein.

In den acht genau beobachteten Fällen handelt es sich um die verschiedensten Erkrankungen der Lunge.

Ein völlig negativer Erfolg ist bei Asthma zu verzeichnen. Wahrscheinlich liegt hier eine Reizwirkung der Bronchialmuskulatur vor.

Ebenso liegt nur ein ganz geringer Erfolg vor bei den Fällen von Bronchiolitis, besonders wenn diese mit anatomischem Emphysem kombiniert sind.

Eine Besserung ist bei Bronchiektase zu verzeichnen.

Zu größter Vorsicht ist zu mahnen bei Arteriosklerose, da diese mit schweren Allgemeinerscheinungen reagieren.

In einem Fall von Bronchiolitis, wo eine hochgradige Stauung im kleinen Kreislauf vorlag, ist diese Applikationsart als ein grober Kunstfehler zu betrachten. Denn offensichtlich trat mit der Injektion eine Verschlimmerung aller Symptome ein und bald darauf erfolgte der Exitus.

So muß bei Wertung der von uns beobachteten Fälle gesagt werden, daß die intravenöse Injektion der intramuskulären gegenüber keine Vorteile bietet.

Doch möchte ich noch einmal betonen, daß in keinem unserer Fälle irgendwelche groben embolischen Erscheinungen aufgetreten sind und daß sich die Untersuchungen unserer Theoretiker durch die Klinik bestätigt haben.